

CONCURSO NACIONAL DE ACESSO E INGRESSO NO ENSINO SUPERIOR PÚBLICO

DECLARAÇÃO MÉDICA | CONTINGENTE ESPECIAL PARA CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA

Nome

N.º de Cartão de Cidadão/BI

Data de Nascimento / /

Morada

Código Postal -

Telefone

Telemóvel

E-mail

A preencher pelo médico(a)

A/o estudante acima identificada/o apresenta o seguinte diagnóstico:

É problema congénito ou adquirido?

Sendo adquirido, em que data provável?

Qual a causa que o originou?

É um problema permanente ou suscetível de melhorar ou desaparecer e em que tempo provável?

Houve necessidade de acompanhamento especializado individual?

- De que natureza: pedagógica, médica, terapêutica ou outra?

- Especifique:

Possui redução de capacidade física, motora, orgânica, sensorial ou intelectual?

- Especifique:

- Essa redução interfere com a sua capacidade funcional e de comunicação interpessoal a ponto de comprometer ou impedir a aprendizagem? Especifique.

Existe compromisso ou impedimento para praticar, com autonomia e independência, os atos indispensáveis à satisfação das necessidades humanas básicas (atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária)? Especifique.

Declaro, sob compromisso de honra, que o acima escrito corresponde à verdade.

, de de 201

Assinatura

Nº Inscrição OM